In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.







CAT DEVANT UNE DYSPHAGIE

HOPITAL MOHAMED LAMINE DEBAGHINE
CHU DE BAB EL OUED
SERVICE D'HEPATO GASTRO ANTEROLOGIE
COURS EXTERNES
2016-2017

Dr AISSAOUI

Le plan du cours :

- Introduction
  - Definition
  - intérêt
- Affirmer la dysphagie
  - Reconnaitre
  - Diagnostique différentiel
- Diagnostique étiologique
- Examen clinique et endoscopique
- Examens complémentaires
- étiologies
- conclusion

INTRODUCTION

✓Définition:

la dysphagie est une gène à la déglutition, gène à la progression des liquides et/ou solides de la bouche vers l'estomac.

Elle indique une perturbation de la déglutition, de la progression ou passage entre l'oesophage et l'estomac.

✓intérêt:

La dysphagie représente un des maître symptômes de la sémiologie pharyngo-œsophagienne.

Chez l'adulte son apparition doit avant tout faire évoquer le diagnostic de cancer.

AFFIRMER LA DYSPHAGIE:

1- Reconnaître la dysphagie :

- Cas facile : blocage ou gène à la déglutition
- Cas difficile :

-dysphagie discrète (simple sensation d'accrochage fugace)

-intermittent

-Noyer avec d'autres symptômes (respiratoires, et cardio-vasculaires, épigastralgies)

• 2- Exclure ce qui n'est pas une dysphagie :

- ***Globus hystericus*** :(sensation de boule permanente indépendante de la déglutition ; sujet neurotonique, femmes jeunes)
- ***Anorexie***
- ***Mericysme*** :Phénomène relativement rare qui se caractérise par le retour volontaire ou involontaire (régurgitations) des aliments de l'estomac dans la bouche où ils peuvent être de nouveau mastiqués, mâchonnés , s'observe dans les arriérations mentales, troubles psychologiques ,chez l'enfant présentant un profil névrotique et une perturbation des relations affectives avec son entourage.

- ***l'odynophagie:*** (déglutition douloureuse et douleur ressentie lors de la progression du bol alimentaire dans l'œsophage).
- ***Les gènes à la déglutition d'origine buccale:*** Stomatite, troubles de la mastication.

III - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

A- Anamnèse

A)Terrain et ATCD :

- ► Âge et sexe
- ► intoxication alcoolo - tabagique
- ► antécédents pathologiques particuliers: notion du RGO, prise médicamenteuse (AINS, cyclines) prise accidentelle ou volontaire de caustique, Chirurgie, radiothérapie cervico-médiastinale, affection maligne ou maladie systémique ou endocrinienne

B)Description clinique :

La dysphagie se traduit par une sensation d'arrêt du bol alimentaire ,L'interrogatoire du patient fera préciser:

- ❖ Date d'apparition : -ancienne (trouble fonctionnelle)
  -récente

❖ **Mode de début** :

- ✓Progressif: la dysphagie s'aggravant +/- rapidement touchant d'abord les solides puis les liquides
- ✓Brutal: dysphagie complète installée brutalement
- ✓Intermittent: la crise de dysphagie alternant avec des rémissions complètes

❖ **Degré de la dysphagie** :

- ➢minime
- ➢ modérée
- ➢ aphagie

❖ **Siège :**

- ➢haut (cervical, oropharyngée)
- ➢moyen (thoracique, 1/3 moyen de l'œsophage, rétrosternale)
- ➢inférieur (abdomen haut, 1/3 inférieur de l'œsophage, rétroxyphoïdienne)

❖ **Evolution:** permanente ou au contraire capricieuse voir paradoxale laissant passer plus facilement les aliments consistants que les liquides.

C)Les signes d'accompagnements: Leur présence facilite le diagnostic étiologique.

- **la douleur:** (odynophagie): c'est un symptôme significatif d'une lésion pharyngo-laryngée ou oesophagienne que se soit une plaie ou une tumeur ou une infection, on préciseras son type, son intensité et son siège (pharyngé, cervicale, rétro-sternale à irradiation transversale postérieure).

- **l'otalgie réflexe:** est une douleur de l'oreille qui n'est pas due a une atteinte de l'oreille externe ou moyenne elle orientera plutôt vers le pharynx (signe de coton dans l'oreille).

- **Les régurgitations:** dont on precisera l'abondance ,le caractère précoce ou tardif , peuvent determiner un phénomène assez rare de rumination .elles sont à distinguer des vomissements qui sont d'origine gastrique, elles orientent le diagnostic vers un diverticule oesophagien .

- **Hypersialorrhée:** production excessive de salives accompagne souvent la dysphagie ou l'odynophagie.

- **La dysphonie:** de cause pharyngo-laryngée mais elle devra faire craindre une paralysie recurentielle d'origine oesophgienne(récurent gauche)

- **La dyspnée haute:** signe clinique toujours tardif, est le temoin d'une atteinte laryngée ou trachéale.

- **La toux réflexe:** par compression ou irritation peut accompagner une tumeur médiastinale ou cervicale.une toux expulsive peut etre en rapport avec des fausse routes .

- **Altération de l'état général:** apres une dysphagie prolongée :amaigrissement ,etat sub febril,anemie.

- **Les Fausses routes** accompagner la dysphagie ,depistées a l'occasion de toux reflexe au moment de la déglutition ou d'une pneumopathie de la deglutition affectant le plus souvent la base du poumon droit .elles peuvent étre dues à une insuffisance de la fermeture du sphincter laryngé ,un defaut de sensibilité pharyngolaryngée ou une aphagie(débordement du larynx par le tros plein alimentaire ou salivaire.

VI-EXAMEN CLINIQUE ET ENDOSCOPIQUE

L'examen clinique doit préceder toute demande d'examen complementaires et toute prescription de traitement symptomatique.

- Examen ORL: cavité buccale, oropharynx ,larynx et hypopharynx au miroir ;sans oublier l'observation de la mobilité de la langue à la protraction.
- Palpation de la base de la langue et du plancher buccal.
- Palpation du cou: à la recherche ADP,tuméfaction du corps du thyroide,une masse laterocervicale qui peut étre molle ou réductible(diverticule pharyngo-oesophaien)

Le bilan endoscopique est primordial et mérite de faire partie intégrante de l’examen clinique :

- **La fibroscopie pharyngolaryngée(souple)par voie nasale:** permet une une exellente observation des structures et de leur mouvement mais ne permet pas l’observation des organes qui ont une lumière virtuelle :hypopharynx et œsophage .
- **La fibroscopie gastro-oesophagienne(souple)examen clé:** permet d’explorer l’œsophage ,l’estomac, le duodenum, mais ne permet pas de bien visualiser la bouche de l’œsophage et l’hypopharynx.
- **La panendoscopie des vois aerodigestives sup au tube regide:** Permet l’observation et la biopsie et l’extraction d’un corps etranger.

Examens complémentaires:

- Le transit pharygo-oesophagien:permet l'etude de neuropharynx(vallécule) l'hypopharynx (sinus piriforme)de la bouche oesphagienne de l'œsophage et du cardia.il peut etre completé par un radio cinéma permettant une cinétique de la déglutition.
- TLT (F+P) peut retrouver une image mediastinale a l'origine d'une compression (goitre plongeant ou autres tummeurs mediastinales) et parfois un niveau liquidien (mega œsophage)
- La TDM cervicale et thoracique ainsi que l'IRM:sont utiles en cas de tumeur de l'œsophage ou du mediastin.
- L'echo endoscopie oesophagienne permet d'en preciser l'extension
- Exploration fonctionnelle œsophagienne
  - PH-metrie permet le diagnostic de RGO se fait sur 3 heure ,au mieux sur 24 heures et permet l'etude du ph oesophagien
  - La manométrie œsophagienne :permet le diagnostic de dysphagie, fonctionnelle par trouble moteur primitif ou secondaire en étudiant les variations de pression intra luminale de l'œsophage.

IV-ETIOLOGIES DES DYSPHAGIES

L'ordre le plus logique est topographique : les différents étiologies seront donc envisages de haut en bas les causes œsophagiennes sont les plus importantes.

1-Les dysphagies d'origine oropharyngée :

- **les corps étrangers** fichés (arête de poisson par exemple dans l'oropharynx (fréquemment dans l'amygdale sont rapidement évoqués a l'interrogatoire.
- **Les angines et phlegmons péri-amygdalien** sont caractérisés par une dysphagie douloureuse fébrile souvent associée a un trismus et une hyper sialorrhée.
- **Les cancers du sillon amygdaloglosse et la base de la langue** peuvent tardivement donner une dysphagie une otalgie reflexe ou une odynophagie attirent l'attention d'autant que les sujets éthylo tabagique.

2-Les dysphagies d’origine hypopharyngée et laryngée.

- **Les cancers du sinus piriforme et du vestibule laryngé** : la dysphagie relativement tardive et l’on doit attacher une grande importance aux signes d’accompagnement : odynophagie, dysphonie, otalgies reflexe, adénopathie cervicale fréquente.
- **les autres causes sont rares :**

- le corps étranger bloqué est une découverte d’interrogatoire mais peut parfois remonter a plusieurs jours
- les causes infectieuses et inflammatoires ; phlegmon retro pharyngien, epiglottite dont le tableau est dominé par la dyspnée laryngée fébrile.
- les tumeurs bénignes sont exceptionnelles : lipomes, neurinomes, kystes.
- les causes neurologiques : paralysie laryngée, sclérose latérale amyotrophique.

3-Les dysphagies d'origine œsophagienne :

A) DYSPHALGIES ORGANIQUES LESIONNELLES :

- 1-Les cancers de l'œsophage :cause la plus fréquente de dysphagie: doit etre éliminée en premier .la dysphagie est spasmodique donc intermittente puis permanente : s'aggravant progressivement pour atteindre la déglutition des liquides avec retentissement sur l'état général.les carcinome épidermoide de l'œsophage survient chez le sujet ethylo-tabagique plus de 60 ans ou anémique (syndrome de Plummer Vinson ou sd de kelly paterson).

Cancer épidermoïde

Le transit œso-gastrique montre



Une zone irrégulière
avec dilatation sus jacente
aspect marécageux

❖ 2-Les diverticules :

- -les diverticules pharyngo-œsophagien des Zenker, facile a reconnaitre lorsqu'il est très volumineux, sous forme d'une tuméfaction latérocervicale, le plus souvent gauche, mollasse et réductible.il s'agit d'une hernie acquise de la muqueuse hypo pharyngée postérieure développée au niveau de la jonction pharyngo-œsophagienne.
- Il peut entrainer un syndrome œsophagien typique avec dysphagie parfois intermittente ou pouvant aller jusqu'à l'aphagie.la dysphagie est habituellement intermittente suivant le degrés de remplissage du ventricule mais des épisodes d'aphagie prolongée en font sa gravité.
- les régurgitations (aliments non digérés) doivent faire évoquer le diagnostic de diverticule pharyngo-œsophagien et sialorrhée

- le transit affirme le diagnostic (image d'addition arrondie suspendue rétro œsophagienne au niveau des premiers centimètres de l'œsophage cervical).
- le traitement est chirurgical, au mieux par voie endoscopique, ou par voie externe en cas d'échec exérèse du ventricule et section du muscle cricopharyngien .
- le traitement par voie endoscopique est réservé aux sujets très âgés ou fragiles.

- Les diverticules aorticobronchiques ou épibronchiques (rares).

DIVERTICULE DE ZENKER

Transit baryté





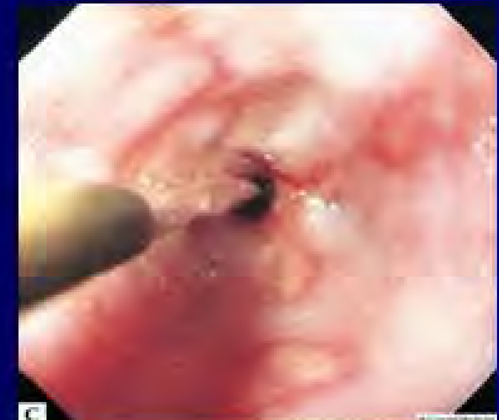
- **3-L'œsophagite peptique:** Due a un RGO (souvent secondaire à une hernie hiatale) ,traduit par_une brulure œsophagienne, parfois associée a une hématémèse entrainant une anémie. Elle peut évoluer vers la sténose-peptique. La fibroscopie œsophagienne fait le diagnostic: muqueuse érythémateuse, érosive, ulcérée ou présence d'une sténose dans les formes évoluées.

- Le traitement: mesures hygiéno-diététiques,antiacides et pansements œsophagiens. Il faut proscrire es anticholinergique. Il est quelques fois nécessaire d'avoir recours à la chirurgie (montage anti-reflux).

Comment traiter les complications ?
Sténose peptique = Dilatation+IPP













- **4-La sténose œsophagienne après ingestion de produit Caustique**

  signalée par la dysphagie, tardive par rapport a l'ingestion du caustique.

- **5-la dysphagie d'origine infectieuse**

  Elle est dominée par les mycoses (surtout chez les patients immunodéprimés).

- **6-les tumeurs bénignes (myomes)**
- **7-les corps étrangers de l'œsophage**
- **8-le diaphragme muqueux du bas œsophage ou anneau de schatzky**

  Membrane de 2 à 4 mm, d'épaisseur, bien visible au transit œsophagien, il est également la conséquence d'une hernie hiatale.

  Le diagnostic par: transit œsophagien,fibroscopie œsophagienne. Le traitement consiste en des dilatations.

❖ 9-Les dysphagies avec anémie

Le syndrome de Plummer Vinson(ou sd kelly paterson)

associe a la dysphagie qui est haute et intermittente, une anémie hypochrome microcytaires hyposidérémique, des troubles des phanères une glossite atrophique et une achlorhydrie gastrique. a l'examen endoscopique:replis membraneux sur l'œsophage. Un traitement martial est proposé.

femme a partir de 40 ans ;

Une surveillance très précise s'impose car il s'agit la d'un état pré néoplasique.

la maladie de Biermer associant dysphagie et glossite.

❖ 10-les fistules oesophagotrachéales :

d'origine congénitale chez l'enfant, néoplasique ou traumatique chez l'adulte.les fistules après intubation prolongée ou trachéotomie sont les plus fréquentes.les signes respiratoires (toux, fausses routes) accompagnant la dysphagie doivent faire évoquer le diagnostic chez un patient qui a fait un séjour en réanimation.

- **11-Les dysphagies dues a un organe de voisinage par compression extrinsèque de l'œsophage.**
  - Elles constituent un diagnostic d'élimination radiologique :
  - ostéophytose cervicale majeure de la maladie de forestier(ossification du ligament vertebral anterieur)
  - anévrysme de l'aorte, cardiomégalie
  - phlegmon retropharyngé
  - Tumeur médiastinale ,lymphome .
  - goitres thyroïdien.
- **12-l'œsophagite, séquelle de radiothérapie.**

B-DYSPHAGIE FONCTIONNELLE PAR TROUBLE MOTEUR ŒSOPHAGIEN PRIMITIF

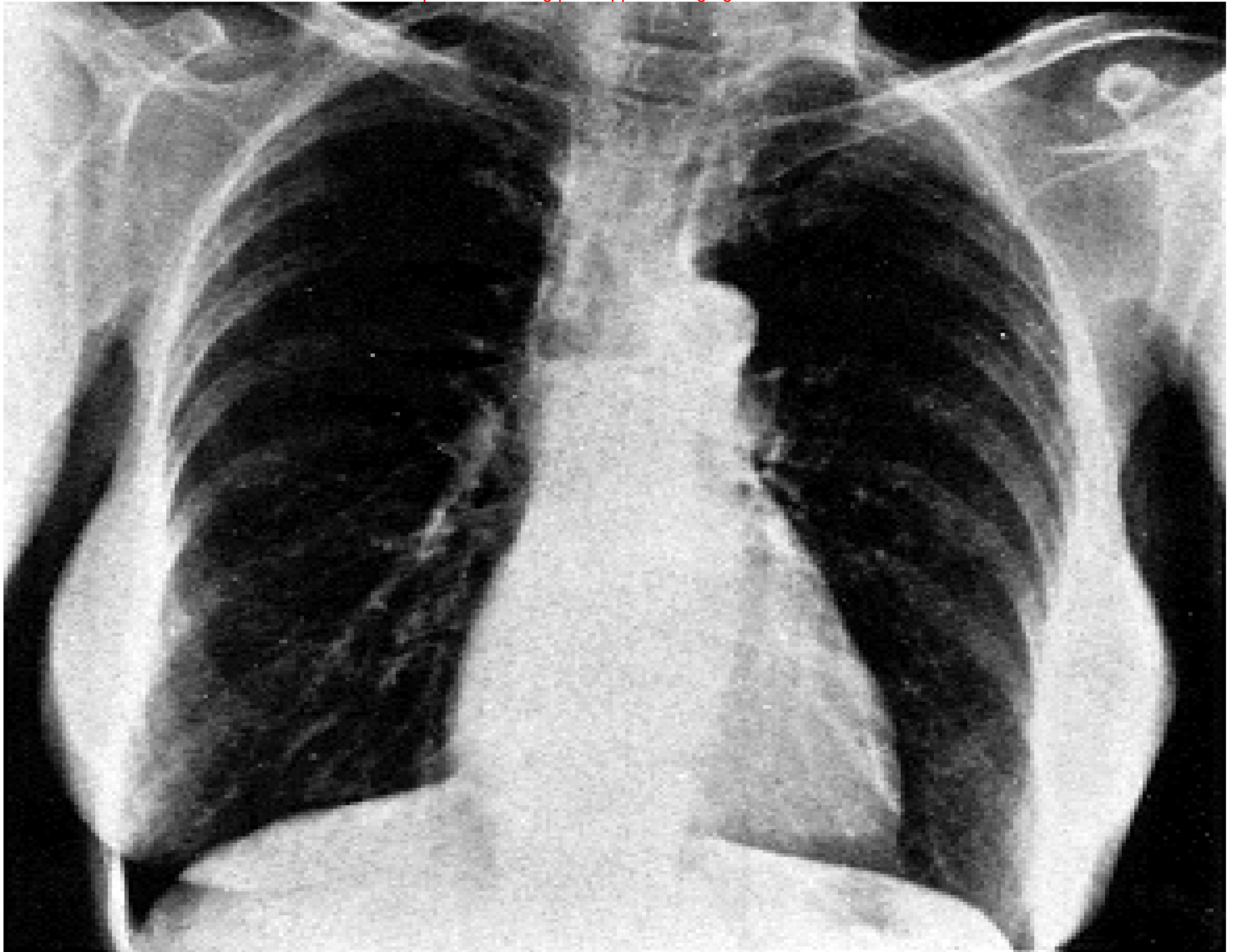
❖ L'achalasie (méga-œsophage idiopathique)

- Elle est secondaire a un trouble de la motilité œsophagienne et associe un hypertonie du sphincter inferieur de l'œsophage avec trouble de la relaxation, et des anomalies de contactions péristaltiques œsophagienne.

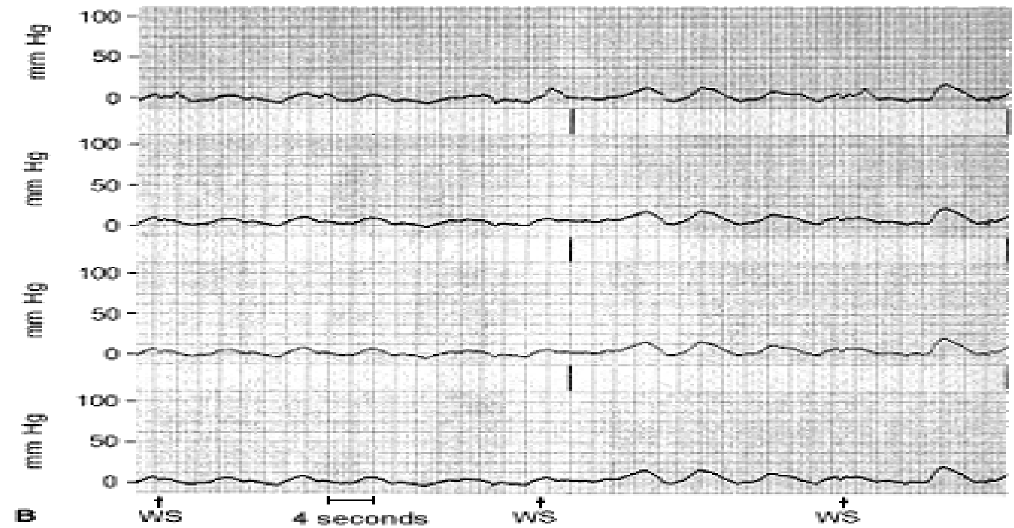
- La dysphagie est d'abord indolore et volontiers paradoxale (au liquides) puis devient douloureuse au cours du repas par accumulation des aliments dans l'œsophage (impression d'étouffement, douleurs).les régurgitations, fréquentes, surviennent plutôt tardivement après le repas ,parfois pendant le sommeil.

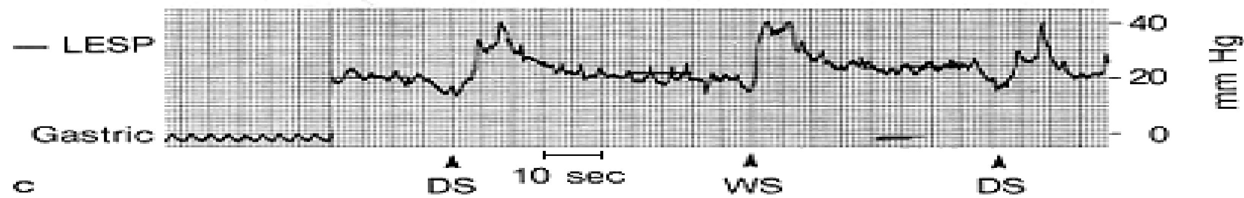
- L'état général finit par s'altérer avec un amaigrissement.
- Elle impose l'endoscopie œsophagienne pour éliminer un cancer du bas œsophage. Mais c'est la manométrie œsophagienne qui permet le diagnostic : hypertonie du sphincter inferieur de l'œsophage, relaxation incomplète et absence de péristaltisme primaire.les transit montre une sténose serrée et régulière avec dilatation d'amont.la radiographie du thorax peut parfois montrer un niveau hydro-aréique de l'œsophage.

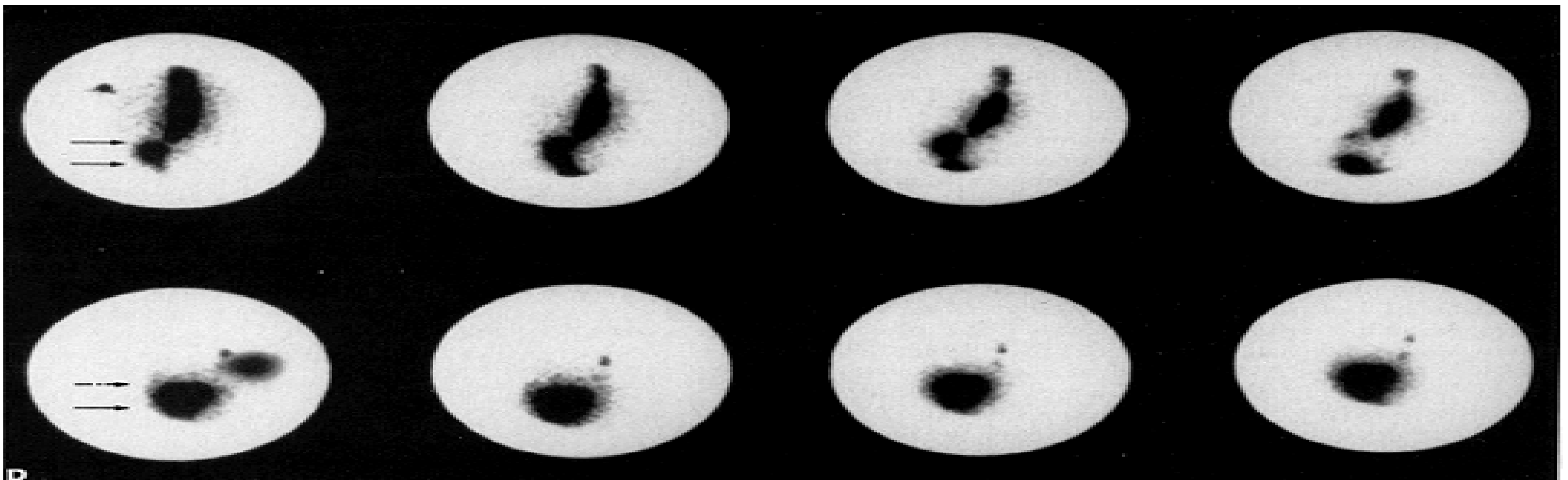
- Le traitement est médical au stade de début (dérivés nitrés, anticalcique).les dilatations pneumatique peuvent être utiles, mais c'est surtout la chirurgie (oeso-cardiomyotomie de Heller) qui donne les meilleurs résultats.




A


B
mm Hg
100
50
0
WS
4 seconds
WS
WS


C
LESP
Gastric
DS
10 sec
WS
DS
40
20
0
mm Hg


D

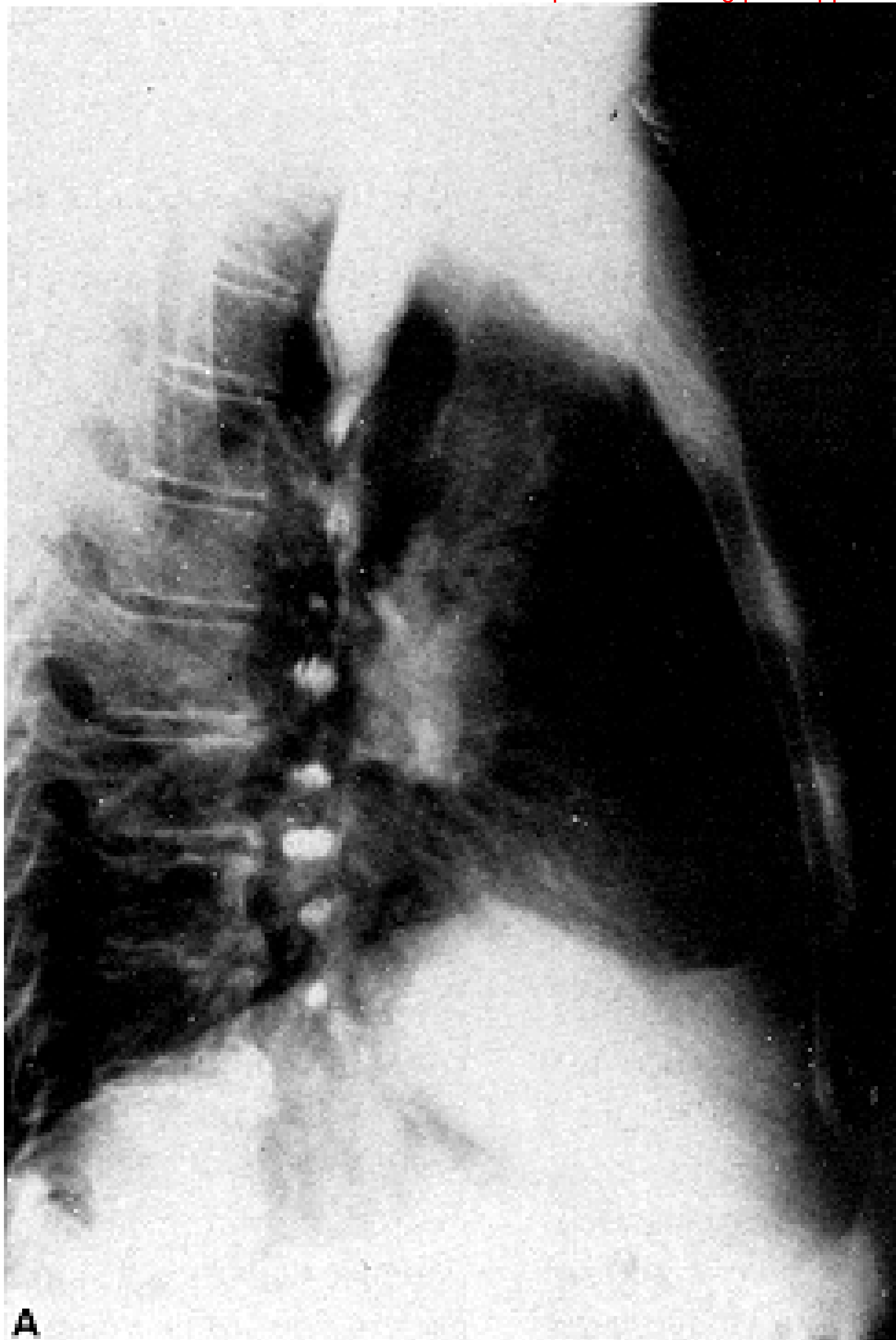


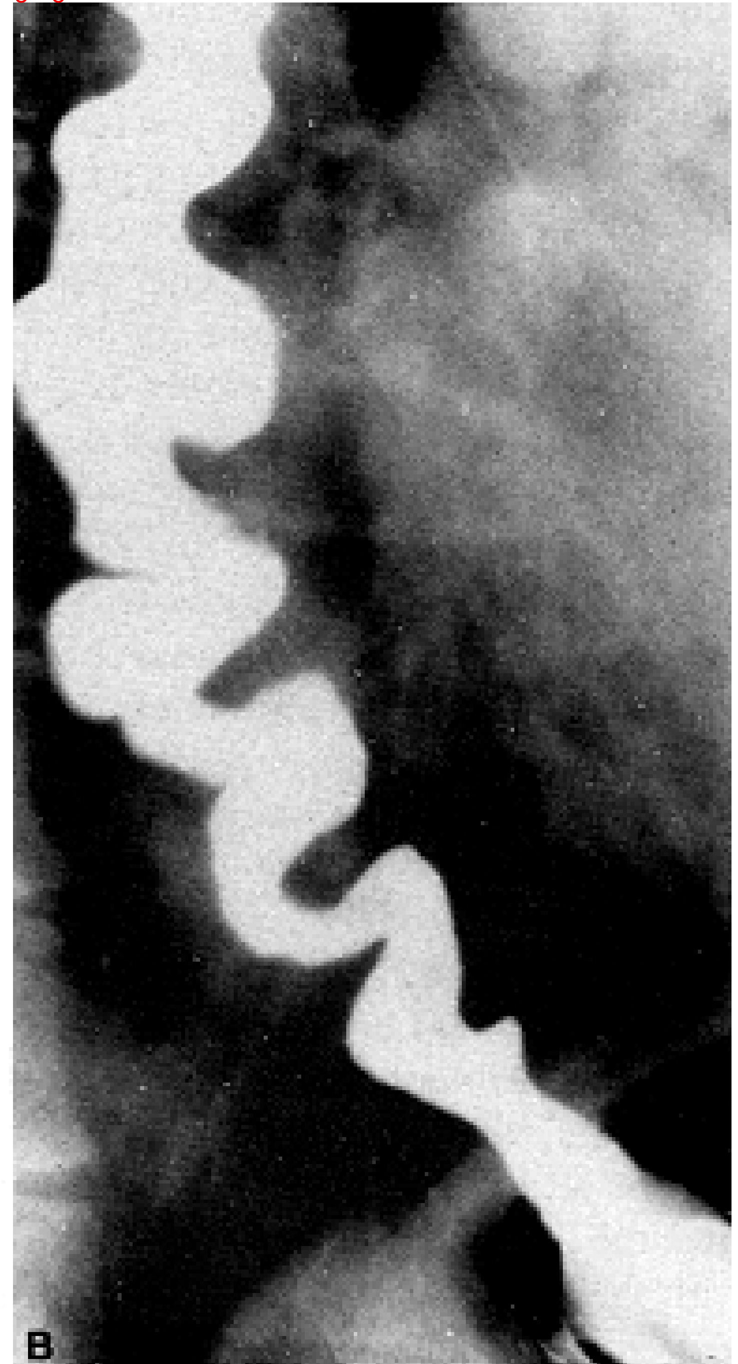
❖ Maladie des spasmes diffus ou syndrome des spasmes étagés de Barsony

- Elle se manifeste par une dysphagie et des crampes retro-sternales pendant les repas, en raison d'une perte intermittente du péristaltisme œsophagien.
- Le diagnostic est confirme par la manométrie œsophagienne. L'endoscopie doit être réalisée pour éliminer un cancer. Un transit œsophagien s'il est réalisé fait apparaitre une image de l'oesophage sous-aortique en chapelet.
- Le traitement consiste en une administration de dérives nitrés ou d'anticalciques. .

❖ Autres étiologies:

- Achalasie du sphincter supérieur de l'oesophage, syndrome du péristaltisme douloureux, hypertonie du sphincter inferieur de l'oesophage isolée.


A


B

C-DYSPHAGIE FONCTIONNELLE PAR TROUBLE MOTEUR SECONDAIRE:

❖ Collagénoses:

- Une atteinte de l'oesophage est présente dans 75% des sclérodermies, elle ressemble a une œsophagite peptique. Parfois, il existe également une dysphagie en cas de polymyosite, dermatomyosite, lupus érythémateux disséminé ou de syndrome de Gougerot-Jörgen.

❖ Maladies, neurologiques ou musculaires:

- AVC et autres atteintes du système nerveux central, atteintes du système nerveux périphérique, et causes neuromusculaires (certaines myopathies, myasthénie).

Conclusion

- **L’interrogatoire précis** d’un dysphagique est un temps essentiel.
- **Les signes d’accompagnement** d’une dysphagie orientent le diagnostic étiologique.

En présence d’une dysphagie, il faut penser à l’**œsophage** avant tout autre organe, et au **cancer** avant toute autre étiologie.